



CLUB DES K-COMPLEXES DU SOMMEIL
HYPERSOMNOLENCE SECONDAIRE : PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE ?

Sofia Maldonado Sloopjes



Universitair
Ziekenhuis
Brussel



www.SLEEPonline.be



●●● CAS CLINIQUE

Dame de 54 ans

- Les données cliniques ont été abrégées pour des raisons de confidentialité, pour que la présentation puisse être publiée en ligne.



●●● CAS CLINIQUE

Dame de 54 ans

- Apparition subaiguë en 2021-2022 d'une somnolence diurne excessive
 - 'Attaques de sommeil' irrépessibles, annoncées par une soudaine nausée, parfois même en situation active, pouvant être prolongées
 - Allongement du temps de sommeil, longues siestes
 - Patiente très difficile à réveiller; inertie variable
- Pas de clair déclencheur, pas de modification médicamenteuse



●●● CAS CLINIQUE

Dame de 58 ans

- Second avis UZ Brussel: tendance à l'aggravation **malgré modifications médicamenteuses**
 - ~~Redomex (amitriptyline) 10mg le soir~~
 - ~~Matrifen (fentanyl) patch 50 µg/h tous les 3 jours~~
 - Paracetamol, ibuprofène, tramadol à la demande
 - ~~Mirtazapine~~
 - ~~Cymbalta (duloxétine)~~
 - ~~Lyrica (prégabaline) dans un second temps~~
- **Examen clinique:** discrète dysarthrie, somnolence



●●● CAS CLINIQUE

Dame de 58 ans

Second bilan UZ Brussel

- **Polysomnographie :**
 - TST 448 min (/ 480min); SOL 9 min; Efficience de sommeil 93%, MAI 16
 - NREM3 18%; REM 18% (lat REM 129 min)
 - **OAH1 13** (pas central), SpO2 minimal 82%, T90% 69 min, ODI 7
 - ECG ok
 - EMG ok
- **Avis ORL :** état dentaire ne permettant pas de dispositif d'avancée mandibulaire, pas de traitement ORL

=> Essai CPAP hors convention

●●● CAS CLINIQUE

Dame de 58 ans

Second bilan UZ Brussel

- Avis psychologue et psychiatre : absence d'argument pour un trouble anxio-dépressif ou autre cause psychiatrique
- Avis endocrinologique rassurant
- Typage HLA : pas d'association connue avec la narcolepsie
- Polysomnographie + MSLT (sous CPAP):
 - TST 463min (/480min), SE 96%, OAH1 6, **NREM3 33%**
 - MSLT: lat. d'endorm. moyenne **5 min 20 sec**, pas de SOREMP, présence de **NREM 3**
- Ponction lombaire : dosage d'hypocretine LCR à 357 ng/l (normal)

●●● CAS CLINIQUE

Dame de 58 ans

- Hypothèse après bilan extensif

« Hypersomnolence d'origine centrale, secondaire à une cavernomatose cérébrale sévère »

- Phénotype

- Pas de narcolepsie à proprement parler
- Plutôt similaire à l'hypersomnie idiopathique



●●● CAS CLINIQUE

Dame de 58 ans

• Hypothèses physiopathologiques

- Insuffisance des mécanismes de l'éveil
- Abondance de sommeil NREM, notamment du sommeil lent profond
- Peu d'implication du sommeil REM
- Possible composante circadienne (irrégularité)

⇒ Dissipation plus lente de la pression de sommeil durant le sommeil, avec accumulation plus rapide durant l'éveil ? (// *hypersomnie idiopathique*)

⇒ Insuffisance histaminergique ?

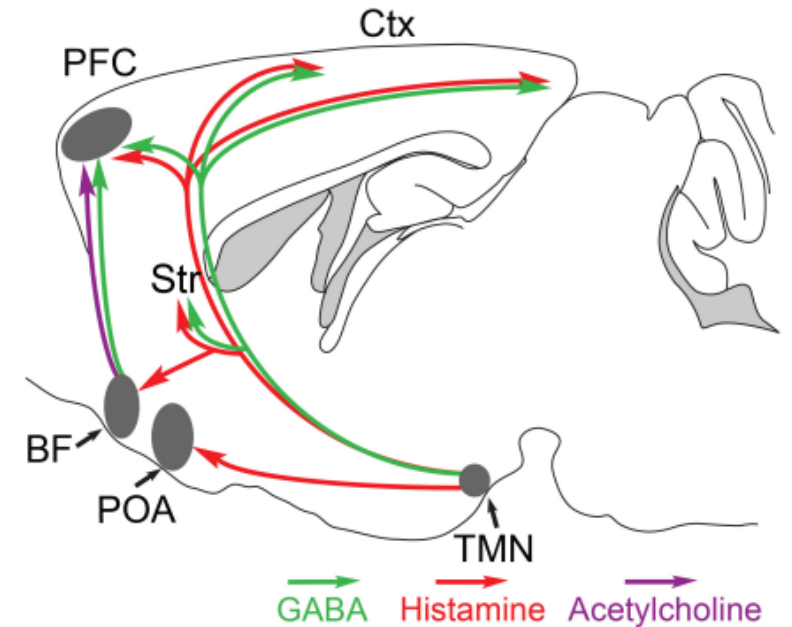


Figure 2. Schematic of circuitry for how Histamine-GABA neurons promote wakefulness. During wakefulness, histamine/GABA neurons release histamine (red) and GABA (green) into the prefrontal cortex (PFC), neocortex (Ctx), and striatum (Str). Histamine-only projections excite GABAergic neurons in the preoptic area (POA) that inhibit sleep-active GABA neurons. Modified from Ref. 93.

●●● CAS CLINIQUE

Traitements proposés

- Sevrages médicamenteux : aucun effet
- Sevrage tabagique : aucun effet
- CPAP : aucun effet malgré bonne compliance
- Trazodone : aucun effet
- Mélatonine (LI) : aucun effet
- Méthylphénidate (Rilatine, Medikinet, Rilatine XR) (*hors remboursement*): aucun effet
- Modafinil (*hors remboursement*): bénéfice très limité sous 200mg 2x/j
- Suivi chez psychologue du sommeil

●●● A VOTRE TOUR !

Quelle est votre expérience ?

- Cas similaires ?
- Que peut-on proposer d'autre pour aider cette patiente ?



Pitolisant non accessible (ni Wakix ni Ozawade)

Oxybate de sodium non accessible en l'absence de cataplexie (+ retrait Xyrem)

Solriamfetol non disponible

- Expérience avec la clarithromycine (Biclar), flumazénil (Anexate) ? *(Trotti & Arnulf, Neurotherapeutics, 2021)*



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Sofia.MaldonadoSlootjes@uzbrussel.be



Universitair
Ziekenhuis
Brussel



www.SLEEPonline.be



000 REFERENCES

- Jones BE. Arousal systems. *Front Biosci*. 2003 May 1;8:s438-51. doi: 10.2741/1074. PMID: 12700104.
- Scammell TE, Jackson AC, Franks NP, Wisden W, Dauvilliers Y. Histamine: neural circuits and new medications. *Sleep*. 2019 Jan 1;42(1):zsy183. doi: 10.1093/sleep/zsy183. PMID: 30239935; PMCID: PMC6335869.
- Adam T, Barateau L, Dauvilliers Y. Homeostatic dysregulation of slow wave activity during sleep in Idiopathic Hypersomnia. *Sleep*. 2026 Feb 28:zsag060. doi: 10.1093/sleep/zsag060. Epub ahead of print. PMID: 41761764.
- Trotti LM, Arnulf I. Idiopathic Hypersomnia and Other Hypersomnia Syndromes. *Neurotherapeutics*. 2021 Jan;18(1):20-31. doi: 10.1007/s13311-020-00919-1. PMID: 32901432; PMCID: PMC8116415.
- Vincent Van Gogh, *La Méridienne ou La Sieste* (1889-1990) (détail)